

Sociedad Argentina de Urología

3. Sesión científica ordinaria - 25 de junio de 1959.

Presidente:.... Dr. Alfredo A. Grimaldi

Secretario:.... Dr. Juan A. Goldaracena

Policlínico de Avellaneda
Jefe Interino: Dr. Alberto J. Claret

TRAUMATISMOS DE URETRA. NUESTRA EXPERIENCIA

Por los Dres. ALBERTO J. CLARET, CARLOS A. MACKINTOSH
y ENRIQUE FISCH

Como aporte al tema del último Congreso realizado en la ciudad de Corrientes, al cual por circunstancias conocidas no hemos podido concurrir, queremos presentar nuestra modesta experiencia recogida durante años en nuestra práctica hospitalaria y privada.

Los casos observados frecuentemente en personas jóvenes o en niños, asociados con fracturas óseas, lesiones genitales o viscerales, nos han llevado al firme convencimiento que se trata de una lesión grave que requiere rápida intervención del especializado con el fin de evitar la invalidez y las secuelas.

Dejamos, expreso, los traumatismos de uretra originados por la acción vulnerante del instrumental urológico.

Consideraremos en primer término las heridas de la uretra producidas por agentes externos que llegan al conducto uretral a través de los tegumentos o excepcionalmente por vía rectal.

Caso 1. — L. A. 47 años, portugués, casado. Enfermo privado.

Antecedentes: negativos.

Enfermedad actual: el 17 de agosto de 1955, cae del tren a horcajadas sobre la verja que separa las vías. Es llevado al Htal., donde efectúan curación perineo escrotal, retirándose a su domicilio. Horas más tarde concurre a una Clínica privada por retención completa de orina.

Estado actual: solamente reseñaremos los datos positivos encontrados en el examen del enfermo. Paciente dolorido, sudoroso. Micción: retención completa. Genitales: herida desgarrada perineo escrotal afrontada con 4 puntos de sutura y equímosis de los bordes.

Uretra: el cateter se detiene antes de llegar a la uretra posterior. Vejiga: se palpa y se ve a través de dedo del ombligo.

Dado el lugar en que se encontraba el enfermo no se pudo realizar estudio radiográfico. 18-8-55 a la 1 de la madrugada. Talla hipogástrica. No se consigue pasar tubo de polietileno por vía retrógrada. Por las condiciones del medio no se intenta reparación de la uretra. 1-9-55 Anest. raquídea. Por la vía perineal liberación de los cabos y uretrorrafia sobre tubo de polietileno de 1½ mm. 22-9-55 Alta Sanatorio. Continúa con sinfín durante tres semanas al cabo de las cuales se coloca sonda Nelaton 19 Ch. que mantiene 1 semana más. Efectúa luego dilataciones periódicas con bujía y beniqués hasta llegar al N° 52. En la actualidad se encuentra bien dilatándose una vez al año.

Caso 2. — L. F. T. 8 años, argentino, estudiante.

Antecedentes: negativos.

Enfermedad actual: El 17-2-58, caída a horcajadas sobre una puerta, después de saltar de una tapia a otra. Herida contusa en hemiescrotos izquierdo, habiéndosele colocado un agraffe. Al día siguiente en retención de orina es internado, siendo requerida la intervención del urólogo. La guardia del sanatorio advierte salida de orina por la herida escrotal.

Estado actual: Niño sumamente dolorido y nervioso. Micción: retención completa. Uretra: el cateter se detiene a nivel de la uretra bulbar. Genitales: herida a nivel del escroto por la cual sale orina. Radiografía de pelvis ósea: sin particularidades. No se realiza uretrografía dada la hora avanzada. Abdomen: hipogastrio deformado por tumoración redonda y renitente que corresponde a un globo vesical.

Operación: 18-2-58. A las 2 horas del día. Anestesia general: Se hace cistostomía y se pasa bujía retrógrada N° 16 y por uretra sonda Nelaton 14 que se arrolla en el escroto. Incisión longitudinal sobre rafe perineal, se inciden cuerpos cavernosos y se llega al foco, encontrándose totalmente seccionada la uretra prebulbar. Se pasa tubo de polistan de 2 mm. mediante sonda y se sutura la uretra con catgut crómico 0000 en forma término terminal. Sutura de cuerpos cavernosos, drenaje de bolsas y pared por planos dejando una cistostomía y tubo sinfín. El postoperatorio transcurre sin incidentes mayores, efectuándose durante el mismo antibióticos. Dado de alta del sanatorio al undécimo día con tubos que se retiran el 28 del mismo mes colocándose sonda Nelaton N° 12. Evolución. Dilataciones periódicas de la uretra, manteniéndose hasta la última vez que se lo vió (29-5-59) un calibre 18 Ch.

Caso 3. — M. A. 8 años, argentino. Antecedentes negativos.

Enfermedad actual: En el mes de Marzo de 1952, recorriendo el campo en Colonia Barón, prov. de Santa Fe, encuentra un objeto metálico (granada) que lleva a su casa y al aproximarlo al fuego hace violenta explosión a consecuencia de lo cual sufre un violento shock y quemaduras de primero y segundo grado en distintas partes del cuerpo. Tratado de urgencia en la localidad es remitido a la ciudad de Santa Fe, donde se le comprueba una grave lesión traumática de genitales procediéndose a la exéresis del testículo derecho y a la reparación de la herida penoescrotal, luego de lo cual es enviado al Sanatorio Aeronáutico.

Estado actual: Mal estado general, desnutrición, quemaduras con tatuaje en cara, cuello, manos, habiendo perdido varias falanges. Micción: pérdida total de la orina por la herida escrotal. Uretra: herida desgarrada de la cara inferior del pene comprendiendo el cuerpo esponjoso en una extensión de varios centímetros. Genitales: herida desgarrada que cruza la cara anterior del escroto de arriba hacia abajo y de derecha a izquierda, afrontada por algunos puntos de sutura. Operación: Anestesia general. Se practica incisión para efectuar una cistostomía, encontrando el espacio prevesical ocupado por una colección de orina y sangre y una herida longitudinal de la cara anterior de la vejiga. En el interior de la misma se aloja un cuerpo extraño que resultó ser un fragmento metálico de 7 cm. por 3 cm. Se logra individualizar los cabos de la uretra peneana y se coloca un tubo sinfín de polistan de 2 mm. Sonda hipogástrica y cierre de la herida genital. El tubo de polistán se dejó en permanencia durante tres meses, al cabo de los cuales se retiró, produciéndose entonces la obliteración total de la uretra, lo que obligó a posteriores procedimientos plásticos de resultado poco eficaz hasta el momento de dejar la atención del enfermo, desde el punto de vista de la reparación total.

Se obtuvo la formación permanente de varios centímetros de uretra peneana por intermedio de un injerto libre dermoepidérmico con la técnica de Mc. Indoe y también la forma-

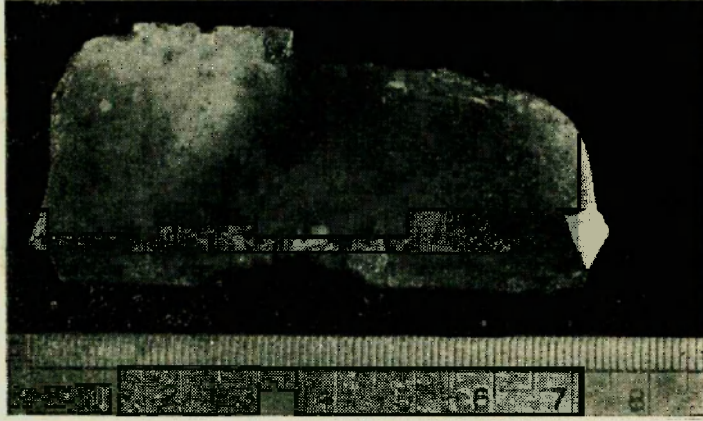


Figura 1

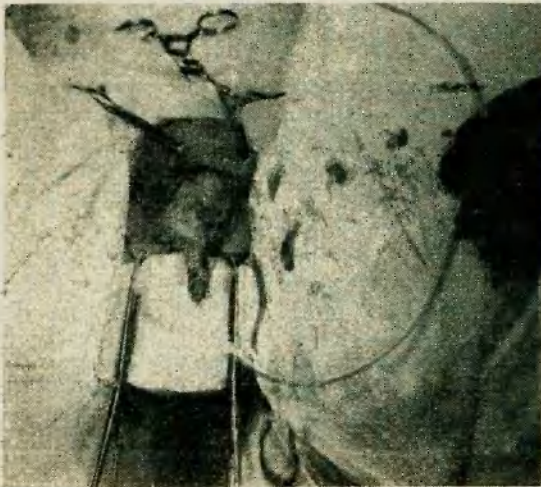


Figura 2

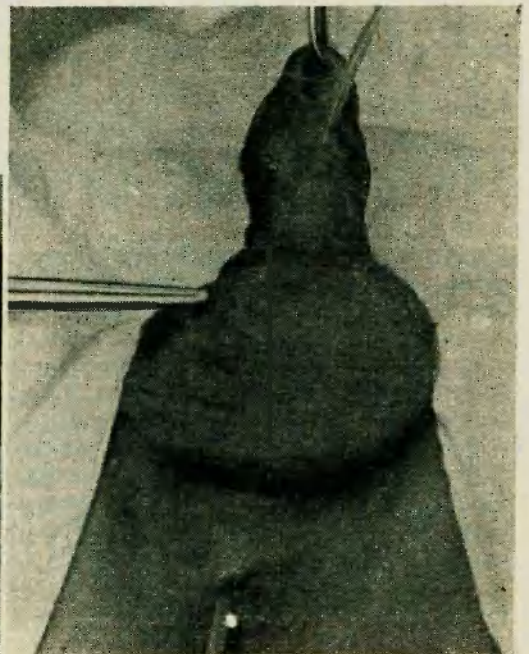


Figura 3

ción de un trozo de uretra bulbar a expensas de un colgajo tubular de piel de escroto. Dos intentos de unir estas neouretras fracasaron por esclerosis cicatrizal.

Uno de los autores ha observado en su práctica hospitalaria, un caso de lesión de uretra prostática producida por empalamiento. Solamente hacemos mención, pues por tratarse de un paciente del Servicio de Guardia, carecemos de documentación, pero recordamos que el cuadro que presentaba el enfermo, hizo sospechar una lesión peritoneal.

Se procedió a una laparatomía comprobando la perforación de la uretra prostática, de la cara superior de la vejiga y desgarró peritoneal. La cistostomía, el drenaje del peritoneo y la cateterización de la uretra con sonda a permanencia, fué el tratamiento instituido. Desconocemos la evolución ulterior.

Consideramos ahora las rupturas de uretra propiamente dichas, asociadas o no a lesiones óseas que tuvieron diversos orígenes: accidentes automovilísticos, caídas de grandes alturas, golpes directos sobre la uretra y por último el falso paso de coito.

Caso 4. — N. F. Historia clínica N° 6679. 11 años, argentino.

Antecedentes: Dislalia.

Enfermedad actual: El día 10 de Octubre de 1956 cae a horcajadas sobre una tabla, quejándose de fuertes dolores; hematoma, hemouretrorragia por lo cual es llevado a la Guardia del Policlínico de Avellaneda. Ante la retención de orina se procede a su intervención consistente en una talla hipogástrica y reparación de la uretra sobre sonda. Controlada su evolución por la Guardia, es retirado prematuramente el tutor uretral. Ya en su domicilio, un mes después, presenta disuria intensa, por lo cual el enfermo, reingresa, siendo enviado al Servicio de Urología.

Estado actual: Micción disuria intensa de tipo total, chorro disminuido de volumen, y proyección. Orina: amarilla turbia. Uretra: se intenta cateterizar, no consiguiendo pasar una bujía filiforme, que se detiene al pasar el fondo de saco bulbar. Se visualizan cicatrices operatorias a nivel de perineo y en hipogastrio. Uretrografía: inmediatamente por debajo de la uretra, se observa un estrecho desfiladero de 1 cm. de extensión, siendo la uretra prostática ampuliforme. Operación: 20-1-1957. Anestesia general. Cistostomía, cateterización de los cabos uretrales, abordaje perineal, resección de la cicatriz, extirpación del anillo de estenosis, colocación del sínfin, cuatro puntos de catgut crómico 000 con aguja atraumática anastomosando los extremos uretrales. Cierre de pared por planos, sonda hipogástrica. El postoperatorio transcurre sin incidentes, efectuándose antibióticos. Al término de seis semanas se retira el sínfin y se coloca sonda Nelaton N° 14. El enfermo continúa sus dilataciones en Consultorio Externo, alcanzando hasta N° 18. Después de seis meses de no concurrir a las sesiones de dilatación reaparece en el mes de Noviembre de 1958 con disuria y orinas turbias. La exploración revela frote al paso de la bujía a nivel de la uretra posterior. Radiografía simple: sombra cálcica triangular a nivel del borde inferior de la sínfisis púbica. Se procede a reinternarlo y operarlo después de lo cual la evolución del enfermo es satisfactoria, conservando un calibre uretral N° 16, micción normalizada, y orinas ámbar. Las uretrografías de control son normales.

Caso 5. — V. V. 21 años, argentino, soltero, empleado.

Antecedentes: bronquial crónico.

Enfermedad actual: El 15 de Junio de 1955, colgado del estribo de un colectivo, es golpeado por un camión, cayendo al pavimento. Internado en un Sanatorio vecino, se levanta el siguiente.

Estado actual: Enfermo shockado, con gran desgarró bilateral de las regiones glúteas, con atrición muscular e intenso dolor en la cintura pelviana, comprobándose radiográficamente la fractura de la rama isquiopubiana derecha. Se procede al tratamiento del shock, luego se reparan las heridas glúteas. Ante la disuria intensa y la hematuria es solicitada la colaboración del urólogo, quien comprueba: micción, pseudocontinencia. Orina sanguinolenta. Vejiga: se palpa a dos traveses de dedo por debajo del ombligo. Uretra: El catéter se detiene a nivel de la uretra posterior dando salida a líquido urohémático. Uretrografía: el medio de contraste se difunde irregularmente alterando la morfología de uretra y vejiga. Operación: 25-6-1955. Anestesia raquídea. Cistostomía dificultosa por encontrarse la vejiga envuelta en una verdadera cáscara fibrosa de color rojizo; resección de la misma. Se consigue pasar por vía retrógrada un tubo de polistán de 2 mm. que se deja en forma de sínfin. Cierre de la vejiga, drenaje al Retzius, pared por planos, sonda hipogástrica. El 24-7-55 después de un post operatorio accidentado el enfermo es dado de alta con sus tubos. El 5-8-55 en su domicilio se retiran éstos y se coloca sonda por uretra. Efectúa dilataciones periódicas hasta llegar a un 60 beniqué y orinas cristalinas.

Caso 6. — J. B. Historia Clínica N° 6763. Edad 32 años, argentino, soltero, obrero.

Antecedentes: uretritis.

Enfermedad actual: el 24-9-57 al cruzar las vías del ferrocarril es atropellado por el miriñaque de una locomotora e internado en grave estado en el Policlínico de Avellaneda.

Estado actual: Intenso shock, herida desgarrada de bordes contusos que se extiende desde el borde del ano hasta el pliegue glúteo interesando en profundidad la fosa isquiorrectal. Retención completa de orina e incontinencia de materias fecales por lesión del esfínter anal. Fractura de ramas pubianas. Por tratarse de un enfermo sumamente grave fué cistostomizado y el problema uretral postergado hasta que se solucionó el proceso anorrectal. Obtenida la continencia anal se procedió a la reparación de su uretra, utilizando el mismo procedimiento que en los casos anteriores. Dilatado, conservó un calibre satisfactorio.

Caso 7. — J. G. 29 años, argentino, soltero.

Antecedentes: negativos.

Enfermedad actual: el día 6-5-57 cae de un camión en marcha y es atropellado por un vehículo que circulaba en la misma dirección, siendo internado en el Htal. Aeronáutico donde el médico interno trata el estado de shock y ante una retención aguda de orina practica una cistostomía.

Estado actual: discreto estado general. Micción: no hay. Orina: hemática. Vejiga: sonda Pezzer hipogástrica. Uretra: el cateter explorador se detiene a la altura de la región membranosa, saliendo sangre de color oscuro. Genitales: edema de escroto y equimosis de la cara inferior que se extiende hasta el perineo. Radiografía de pelvis ósea: fracturas de las ramas isquio e iliopubianas del lado izquierdo. Uretrografía: el líquido de contraste se detiene a nivel de la uretra membranosa. Operación: 10-5-957. Anestesia general, se retira la Pezzer y se aborda la vejiga. Incisión perineal, evacuación del foco de ruptura saliendo gran cantidad de orina y coágulos. Los extremos uretrales no se pueden afrontar por lo cual se pasa un tubo sinfín de polistán. Cierre de perineo y talla hipogástrica. El 5 de junio se coloca sonda por uretra. Se dilata con beniqués hasta el N° 54 y se practica uretrografía de control. Exámenes posteriores demostraron que conserva un calibre 48 beniqué.

Caso 8. — F. R., 43 años, italiano, casado.

El relato del presente caso ha sido publicado en la Revista Argentina de Urología en colaboración con el Dr. R. I. Mathis con el título de "Ruptura de cuerpos cavernosos y uretra. Fractura total del pene" (N° 7-12, pág. 1163, año 1947).

Teniendo en cuenta la íntima relación que existe entre el traumatismo de la uretra y su secuela más frecuente: la estrechez, nos ha parecido oportuno agregar el relato de algunos casos que hemos tenido oportunidad de tratar.

Caso 9. — M. N., 23 años, chileno, carpintero. Historia Clínica N° 5883.

Antecedentes: Hace 5 años al caer sobre un tablón siente fuerte dolor en el perineo y nota la salida de algunas gotas de sangre por la uretra. Como estas molestias pasaran rápidamente no les dió mayor importancia.

Enfermedad actual: Desde hace tres años que presenta hematurias discretas y disuria progresiva que al intensificarse obligan al paciente a la consulta.

Estado actual: Micción: disuria intensa. Orina: hemática y piúrica. Uretra: estenosis infranqueable a nivel de la uretra bulbar. Uretrografía: anillo de estenosis única en la uretra bulbar. Operación: 7-2-957. Anestesia raquídea. Cistostomía de derivación, abordaje perineal, localización de la estenosis, exéresis de la misma, tubo de polistán sinfín. Cierre por planos. Después de seis semanas se retira el tutor y es dado de alta. Continuó sus dilataciones y en el mes de Mayo posee un calibre 55 beniqué. A pesar de no concurrir a dilatarse durante seis meses conservó un calibre de 12 Ch.

Caso 10. — J. S. Historia Clínica N° 5551. Edad 39 años, argentino, casado, cigarrero.

Enfermedad actual: Concorre en los primeros días de setiembre por disuria intensa, poliuria diurna y nocturna y hematuria terminal.

Estado actual: Buen estado general. Micción: disuria total, chorro helicoidal y adelgazado. Orina: hematopiúrica. Uretra: después de varios intentos se consigue cateterizar con bujía filiforme, que se deja a permanencia. Uretrografía: A nivel de la uretra prebulbar se observa un desfiladero de 5 cms. de longitud. Reinterrogado el enfermo sobre sus antecedentes, dice recién entonces recordar un trauma perineal en su adolescencia (puntapié). Operación: 20-9-56. Cistostomía de derivación. Incisión perineal, resección de 1 callo, movilización amplia de ambos segmentos uretrales y uretrotomía, en la misma forma que en los casos anteriores, dejando como sinfín un tubo de polistán de 2 mm. Postoperatorio: sin incidentes, retirándose el tubo a los 40 días. Igual que en casos anteriores se coloca sonda Nelaton durante dos semanas y luego se hacen dilataciones periódicas hasta el N° 60 beniqué. Actualmente concurre cada 8 meses, conservando buen calibre.

Caso 11. — C. L. 48 años, argentino, obrero.

Antecedentes: Hace veinte años que durante una pelea recibe un puntapié en perineo y recuerda que la micción fué muy dificultosa, que sus genitales aumentaron de volumen y se amacaron. No consulta a ningún facultativo y se trata con reposo e hielo.

Enfermedad actual: desde hace varios años presenta disuria y polaquiuria que se acentúan y lo llevan a la consulta.

Estado actual: Buen estado general. Micción: disuria total intensa. Orina: hematópiúrica. Uretra: a la exploración se encuentra una intensa estenosis a nivel de la uretra bulbar que permite apenas el paso de una bujía filiforme. Uretrografía: Inmediatamente por debajo de la sínfisis del pubis se localiza un anillo de estrechez de unos 3 cms. de longitud. Operación: 10-9-57. Anestesia peridural. Cistostomía de derivación. Incisión en la cara ventral del pene en la unión penoescrotal. Se aísla la uretra de los cuerpos cavernosos y se reseca el anillo fibroso. Sutura término-terminal con catgut crómico. Cierre por planos. Cuatro semanas más tarde se retira el sínfin y se coloca sonda uretral. Se practicó la dilatación periódica de la uretra alcanzando un calibre 52 beniqué.

Caso 12. — A. C. 9 años, argentino. Historia Clínica N° 528.

Antecedentes: sin importancia.

Enfermedad actual: el niño concurre al Htal. por disuria y polaquiuria, revelándonos la madre que tres años antes había sido pisado por la rueda de un carro, sufriendo fractura de pelvis ósea, además de hemouretrorragia por lo cuál fué dejado con sonda permanente.

Estado actual: buen estado general. Micción: disuria, disminución del calibre del chorro. Orina: turbia, en ambos vasos. Uretra: se cateteriza pero con suma dificultad por la necesidad de practicar algunas maniobras para franquear el obstáculo a nivel de la uretra posterior. Este enfermo fué operado en tres oportunidades en nuestro servicio, sin haber conseguido un resultado satisfactorio. Consideramos que el resultado no fué satisfactorio porque su mejoría es solamente temporaria y creemos que de acuerdo al estudio radiográfico que el enfermo necesita una ampliación de los elementos cicatrizales que angulan la uretra lateralmente.

Caso 13. — A. del V. Z., 7 años, argentino.

Enfermedad actual: Concorre al policlínico enviado desde el interior del país por disuria intensa y orinas turbias. Sus padres refieren accidente acaecido dos años antes (cornada de un cabrito a nivel del perineo) a causa de lo cual tuvo hemouretrorragia. El estudio del enfermo revela anillo de estrechez que permite el pasaje de una bujía N° 9 Ch. Seguida la evolución del enfermo no se aconseja la intervención quirúrgica por cuanto el niño, ha continuado bien durante estos últimos ocho años con dilataciones anuales de su uretra.

Conclusión: Acordes con los preceptos de Sabadini, hemos practicado la reparación precoz de la uretra disminuyendo la invalidez y las complicaciones causadas por la infección. Uretrografía preoperatoria, operación de urgencia, cistostomía de derivación, limpieza y evacuación del foco de ruptura, tutor durante seis semanas, uretrografía en los casos que es posible, antibioterapia, dilatación posterior periódica hasta un calibre adecuado y uretrografías de control son los pasos que creemos deben seguirse sistemáticamente en este tipo de traumatismos. Estamos satisfechos con los resultados obtenidos.

Resumen: Los autores presentan trece casos de traumatismos de uretra y secuelas haciendo hincapié en los beneficios obtenidos con la intervención precoz practicada por especialistas.